



E.P.M.S. Marie du Merle – Rue de la Source - 14290 ORBEC
Service Foyer d'Accueil Médicalisé

DOSSIER DE CANDIDATURE

Directrice

Mme JEZEQUEL Nathalie

Tél : .2 31 32 83 31

Fax : 02 31 32 39 65

Courriel : direction@epms-orbec.fr

Responsable des usagers

Mme DUJARRIER Véronique

Tél : .02 31 32 83 31

Fax : 02 31 32 39 65

Courriel : usagers@epms-orbec.fr

Cadre de santé

Mme LEMARIE Francine

Tél : 06 18 40 87 99

Fax : 02 31 32 05 81

Courriel : cadresante@epms-orbec.fr



DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR

- MDPH
 - Notification d'orientation FAM
 - Notification de l'Allocation Adulte Handicapé
- Photocopie attestation de la carte vitale
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Extrait de naissance avec filiation
- Dernier avis d'imposition
- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie de la carte d'invalidité
- Photocopie de la carte d'identité
- Notification d'admission à l'aide sociale
- Photocopie de la décision du juge des tutelles
- *Deux photos d'identité*
- Photocopie des documents de vaccinations
- *Copie de la dernière ordonnance du psychiatre*
- *Bilans, comptes rendus médicaux*



PHOTO

DOSSIER DE CANDIDATURE

Date de la demande :

Ce questionnaire a pour but de rassembler tous les éléments dont la commission d'admission a besoin pour pouvoir se prononcer sur la possibilité d'un accueil au sein du foyer. En effet, le recueil des informations transmises aidera la commission à savoir si le projet de l'établissement est adapté, ou non, aux besoins identifiés chez le candidat.

I. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Identité

Nom Prénom :

Date et lieu de naissance ;

Nationalité :

Adresse et téléphone actuelle :
.....
.....

Protection juridique

Le candidat est-il sous tutelle ou curatelle ? OUI NON :

Si oui, Nom du responsable légal :

Adresse :

Téléphone :

II. HISTOIRE DE VIE ET PARCOURS INSTITUTIONNELS

L'entourage familial (profession des parents... position dans la fratrie.....)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les évènements de la vie (mariages, déménagements, décès...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le parcours scolaire et professionnel (niveau d'étude, diplômes, formations et professions exercées).....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Le parcours institutionnel (placements ou hébergements effectués)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. RENSEIGNEMENTS SUR LA VIE QUOTIDIENNE

Soins corporels (horaire, pudeur, rapport à l'eau)

Comment la toilette se déroule-t-elle (plaisir, refus, rites, nécessité d'appareillage... ?)

.....

.....

.....

.....

.....

Elimination (accessibilité wc, port de protections...)

.....

.....

.....

Alimentation (régime, texture, goûts et aversions, fausses routes...)

.....

.....

.....

.....

Déplacements / Motricité (se vêtir, se dévêtir, déplacement dans les locaux, à l'extérieur, escaliers...)

.....

.....

.....

Sommeil (qualité du sommeil, rituels, lever-coucher...)

.....

.....

Respiration (problématique, fumeur, gestion du tabac...)

.....

.....

.....

.....

IV. RENSEIGNEMENTS PSYCHOLOGIQUES

Veillez joindre les bilans psychologiques et/ou renseigner les éléments ci-dessous.

Communication/ compréhension

(vocabulaire, expression mimique, gestuelle ou corporelle, concentration)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Se situer dans le temps et dans l'espace

(mémoire, peut se situer dans un lieu de vie...)

.....

.....

.....

.....

Aspects affectifs

(Personnalité, estime de soi/valorisation, sécurité/rassurance...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Relations familiales et sociales, relations amoureuses

(isolement/recherche le contact...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Document à faire remplir par le médecin et à renvoyer de façon dissociée au reste du dossier dans une enveloppe cachetée adressée au médecin de l'établissement

S'il y en a, joindre une copie des différents bilans médicaux (compte rendus d'hospitalisation...)

Diagnostic :

.....
.....
.....
.....

Histoire de la maladie :

.....
.....
.....
.....

Antécédents Médicaux :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....
.....

Hospitalisations :

.....
.....
.....
.....

Spécialistes qui suivent le patient :

.....
.....
.....
.....

Dispositifs de soins :

S'il y en a, quel est le dispositif de soins actuel ? Objectifs, fréquence...

- Kinésithérapie :
- Orthophonie :
- Psychomotricité :
- Psychothérapie :
- Autre :

La personne présente-t-elle un déficit intellectuel ? Oui Non
De quelle importance ? Léger Moyen Profond

.....

Présente-t-elle des troubles psychiques ? Oui Non
De quelle nature ?

.....
.....
.....
.....
.....

Traitement : (joindre une copie de l'ordonnance)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....